

# БІОЛОГІЧНА ТЕРАПІЯ СИНУСИТУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ЗАХВОРЮВАННЯ

д. мед. н., проф. Сміян О. І.

д. мед. н., <sup>1</sup>проф. Мошич О. П.

к. мед. н., доцент Бинда Т. П.

Дичко М. М.

Україна, м. Суми, Сумський державний університет,

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

## ARTICLE INFO

Received 13 April 2016

Accepted 18 April 2016

Published 30 April 2016

## KEYWORDS

acute sinusitis,  
children,  
lymphocytic index,  
immunoreactivity index,  
biological therapy,  
Traumeel S

## ABSTRACT

The article describes the experience of treating 52 patients aged 6 to 18 years with acute sinusitis. Patients of the main group (25 children) on a background of basic therapy of sinusitis received biological therapy - antihomotoxic medication Traumeel S. The drug is administered intramuscularly. The total course of treatment was 14 days. The study found that under the influence of this drug in patients of the main group positive dynamics of acute sinusitis, decreased significantly faster hematologic toxicity (lymphocytic index, immunoreactivity index) and completes the inflammation, than in patients who received only basic therapy. This drug was well tolerated.

© 2016 The Authors.

**Вступ.** Одним із найбільш частих ускладнень гострих респіраторних захворювань, з якими мають справу лікарі загальної практики і оториноларингології, є гострий синусит [5, 8, 19, 20].

Від 5 до 15 % дорослого населення у світі страждає різними формами синуситу [20].

Останніми роками рівень поширеності гострого синуситу не знижується, а навпаки, є тенденція до збільшення числа хворих, зокрема дитячого віку. Серед пацієнтів ЛОР-відділень лікувальних установ хворі із захворюваннями додаткових пазух носа (ДПН) домінують, складаючи 62 % [3].

Відомо, що дослідження периферійної крові є надійним критерієм оцінки стану здоров'я хворих. Про це свідчать публікації, в яких висвітлюється роль використання умовних інтегральних показників крові для кількісної оцінки тяжкості захворювання і порівняльної оцінки ефективності різних методів терапії при різній соматичній патології [10, 12].

Інтегральні гематологічні показники можуть змінюватися на ранніх стадіях захворювання, що дає підставу до застосування їх без спеціальних методів дослідження для оцінки динаміки стану імунного гомеостазу та ефективності терапії.

**Метою роботи** було порівняння перебігу гострої фази синуситу на підставі вивчення гематологічних показників інтоксикації у залежності від призначеного лікування: традиційної терапії і терапії з включен-

ням антигомтоксичного препарату Траумель С.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням знаходилося 52 дітей, хворих на гострий синусит у віці від 6 до 18 років, які були госпіталізовані до ЛОР-відділення КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди».

Діагноз гострого синуситу встановлювався на підставі клінічних проявів, результатів передньої риноскопії, рентгенологічного дослідження ДПН, ендоскопічного дослідження порожнини носа і носоглотки, ультразвукового дослідження ДПН. Лікувально-діагностична пункція верхньощелепної пазухи з наступним мікробіологічним дослідженням виділень була проведена у 7 (13,5 %) дітей. Для забезпечення правильної та своєчасної діагностики гострого синуситу до схеми обстеження хворих включали проведення декількох взаємодоповнюючих досліджень.

Активність запального процесу, ступінь прояву інтоксикації вивчали на підставі показників клінічного аналізу крові з подальшим розрахунком гематологічних показників, а саме:

- лімфоцитарного індексу (ЛІ) або індексу співвідношення лімфоцитів до нейтрофілів, який у нормі дорівнює  $0,5-0,65 (0,41 \pm 0,03) : ЛІ = ЛІ/Н$  [7].

- індексу імунореактивності (ІП) [15].

Розрахунок гематологічних показників проводився в 1-й день після госпіталізації, на 7-й і 14-й день захворювання.

Таумель С застосовували як доповнення до базисної терапії, дози якого не змінювалися упродовж усього періоду спостереження. У залежності від методу лікування хворих розділено на дві групи, які були співставні за клінічною картиною захворювання і віком: 25 хворих (основна група), які на фоні базисної терапії гострого синуситу отримували лікування Траумелем С, і контрольна група (27 дітей), які отримували тільки базисну терапію.

Препарат вводили парентерально перші 7 днів щоденно внутрішньом'язово 1 раз на добу по 1 ампулі (2,2 мл), потім через день до 14 дня лікування. Переносимість препарату оцінювали на підставі даних про побічні реакції/побічні явища, вивчення динаміки зазначених лабораторних показників і шляхом оцінки суб'єктивних скарг пацієнта.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням прикладного пакету комп'ютерних програм «Microsoft Excel».

**Результати.** ЛП відображає співвідношення між лімфоцитами і нейтрофілами і в нормі складає 0,5–0,65. При ендотоксикозі та зсуві лейкоцитарної формули вліво ЛП має тенденцію до зниження. У дітей з гострим синуситом, які в доповнення до традиційної терапії отримували антигомотоксичний препарат Траумель С ЛП підвищувався значно швидше і на 7-й день після госпіталізації був достовірно вищий, ніж у момент госпіталізації ( $0,65 \pm 0,07$  ум. од. і  $1,06 \pm 0,09$  ум. од. відповідно,  $p < 0,001$ ). На 14-й день після початку лікування ЛП продовжував зростати ( $1,13 \pm 0,25$  ум. од.,  $p < 0,001$ ).

У дітей контрольної групи виявлялася лише тенденція до зростання ЛП ( $0,55 \pm 0,08$  ум. од.,  $1,06 \pm 0,34$  ум. од. і  $1,01 \pm 0,33$  ум. од. відповідно), так як величина даного показника статистично не розрізнялася ( $p > 0,05$ ) при госпіталізації і на 7-й та 14-й день лікування.

Отже, у дітей основної групи виявлялося більш швидке і значне підвищення показників ЛП, що поєднувалося з позитивною динамікою клінічного статусу.

ІР у дітей, які отримували біологічну терапію Траумелем С у динаміці захворювання також збільшувався, що свідчило про підвищення імунологічної реактивності організму дітей ( $19,86 \pm 2,48$  ум. од. і  $35,13 \pm 3,19$  ум. од.,  $p < 0,01$ ;  $37,36 \pm 7,62$  ум. од.,  $p < 0,05$ ), тоді як у дітей контрольної групи у процесі лікування він залишався практично на одному рівні ( $30,92 \pm 3,78$  ум. од.,  $35,5 \pm 13,81$  ум. од.,  $p > 0,05$  і  $35,80 \pm 4,10$  ум. од.,  $p > 0,05$ ).

Усі пацієнти, які отримували у складі комплексного лікування препарат Траумель С, перенесли терапію добре, у результаті динамічного спостереження побічних ефектів зафіксовано не було.

**Обговорення.** Приймаючи до уваги високу частоту захворювань вуха, горла і носа, високу питому вагу хронічних рецидивуючих, латентних форм захворювання згідно статистичним

даним та, незважаючи на теоретичні і практичні новаторські ідеї в оториноларингології, принципи блокування і пригнічення біологічних процесів, що використовуються класичною фармакотерапією і супроводжуються порушеннями процесів саморегуляції і серйозною побічною дією лікарських засобів та не можуть вирішити всі питання лікування ЛОР-органів. У той же час лікування синуситів із застосуванням засобів природного походження і пептидних біорегуляторів (цитамінів, органопрепаратів) є актуальним завданням оториноларингології. Крім того, більш широке використання біологічного підходу до запалення, аргументується як більш фізіологічний (регуляторна медицина) і безпечний [1, 2, 13, 14, 16].

Траумель С містить у собі комплекс речовин, що мають протизапальну, антибактеріальну, знеболюючу дію, зменшують кровоточивість, поліпшують процеси мікроциркуляції та регенерації [6, 9].

Антигомотоксична терапія комплексними гомеопатичними засобами:

- не виключає використання симптоматичного підходу до оцінки стану пацієнта в рамках стандартних протоколів, зберігаючи при цьому регулюючу концепцію в терапії;

- забезпечує контроль управління запальною реакцією організму, захисною за своєю суттю;

- сприяє багаторівневій цитокіновій регуляції і дезінтоксикації, зберігаючи адекватність імунної системи і підвищуючи резистентність різних підсистем організму – і ці терапевтичні ефекти можуть бути оцінені з позицій доказової медицини [11].

Застосування гематологічних показників інтоксикації для оцінки ефективності терапії базувалося на тому, що відносний вміст клітин – продуцентів цитокінів відображає зміщення балансу в бік лімфокінів або монокінів. Відомо також, що під впливом інтерлейкіну (ІЛ)–5 і ІЛ-13, що продукуються Т-лімфоцитами-хелперами 2-го типу, еозинофіли здатні почати продукцію цитокінів: ІЛ-1, 3, 5, 6, 8, колонієстимулюючого фактору, тромбоцитарного фактору росту, молекул адгезії, що вносить свій внесок у загальний цитокіновий статус. При цьому підвищення індексів ЛП і ІР, яке вказує на підвищення відносного вмісту лімфоцитів, поєднується зі сприятливою динамікою клінічного статусу, тобто є сприятливою ознакою [4].

Результати дослідження Porozov S. and al. (2004) показали, що препарат Траумель С пригнічує секрецію прозапальних медіаторів (інтерлейкіна-1В, ФНП- $\alpha$ , інтерлейкіну-8) у неактивованих і активованих Т-лімфоцитах, моноцитах і клітинах епітелію. Ні в одному з дослідів не було відзначено стимуляції секреції медіаторів запалення: секреція інтерлейкіна-1В в активованих клітинах була знижена на 70%, ФНП- $\alpha$  – на 65%. Секреція інтерлейкіну-8 достовірно знижувалася не менше, ніж на 50% [18].

**ВИСНОВКИ.** У результаті клінічного дослідження встановлено, що під дією антиготоксичної терапії Траумелем С відмічалася суттєва позитивна динаміка перебігу гострого синуситу в дітей.

Час появи перших ознак покращання у клінічній картині гострого синуситу у пацієнтів, що отримували антиготоксичні препарати, у цілому, короткий, стабільність результатів лікування вища, ніж у

хворих, що отримували тільки базисну терапію.

Призначення комплексного гомеопатичного препарату Траумель С не виключає використання інших лікарських засобів, що застосовуються у лікуванні гострого синуситу.

Відмічена добра переносимість терапії в обох групах. У дітей, що отримували Траумель не виявлено побічних ефектів препарату.

## REFERENCES

1. Биологише Хаймиттель Хеель Гмбх, Баден-Баден, Германия. Результаты исследования TAASS при остром растяжении связок голеностопного сустава // Биологическая терапия. – №3–4. – 2012. – С. 30–32.
2. Ван Брандт Б. Регуляторная блокада: определение, значение и терапия / Б. Ван Брандт, Хартмут Хайне // Биологическая Медицина. – №2. – 2006. – С.4–5.
3. Гаращенко Т. И. Особенности ведения больных с риносинуситами в амбулаторных условиях / Т. И. Гаращенко, Е. Ю. Радциг // Материалы XVII съезда оториноларингологов России. Нижний Новгород, 2006. – 432 с.
4. Иванов Д. О. Лейкоцитарные индексы клеточной реактивности как показатель наличия гипо- и гиперэргического вариантов неонатального сепсиса [Электронный ресурс] / Д. О. Иванов, Н. П. Шабалов, Н. Н. Шабалова, Е. А. Курзина, И. Н. Костючек – 2005. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=22330>
5. Каманин Е. И., Стецюк О. У. Инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов / Е. И. Каманин, О. У. Стецюк // Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Л. С. Страчунский, Ю. Б. Белоусов, С. Н. Козлов. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – С. 248–258.
6. Клинико-информационный отдел. Образ Траумель С, как универсального противовоспалительного препарата // Биологическая Терапия. – №1. – 2006. – С.22–23.
7. Козинец Г. И., Макаров В. А. Исследование системы крови в клинической практике / Г. И. Козинец, В. А. Макаров. – М.: Триада-Х, 1997. – 480 с.
8. Крюков А. И. Рациональная антибиотикотерапия при ангине и хроническом тонзиллите / А. И. Крюков, Ю. В. Лучшева, А. В. Баландин, А. Д. Димова // Consilium medicum. – 2005. – № 4. – С. 297–300.
9. Монография по препарату Траумель С // Пер. с англ. М.: Арнебия. – 2011. – 53 с.
10. Мустафина Ж. Г. Интегральные гематологические показатели в оценке иммунологической реактивности организма у больных с офтальмопатологией / Ж. Г. Мустафина, Ю. С. Крамаренко, В. Ю. Кобцева // Клиническая лабораторная диагностика. – 1999. – №5. – С. 47–48.
11. Рязанцев С. В. Антиготоксическая терапия в дополнительных протоколах лечения заболеваний ЛОР-органов : Методические рекомендации / С. В. Рязанцев, А. А. Марьяновский. – СПб, 2008. – 44 с.
12. Тихончук В. С. Возможности использования новых интегральных показателей периферической крови человека / В. С. Тихончук, И. Б. Ушаков, В. Н. Карпов, В. Г. Зуев // Военно-медицинский журнал. – 1992. – № 3. – С. 27–31.
13. Хайне Хартмут Значение антиготоксической терапии в регуляторной медицине / Хартмут Хайне // Биологическая Медицина. – 2004. – №2. – С.4–9.
14. Ценнер С., Вайзер М. Лечение пероральными гомеопатическими препаратами травматических, воспалительных и дегенеративных состояний / С. Ценнер, М. Вайзер // Биологическая Терапия. – 2010. – №3. – С. 22–25.
15. Шабалова Н. Н. Лейкоцитарные индексы клеточной реактивности при двух вариантах сепсиса [Электронный ресурс]. / Н. Н. Шабалова, Д. О. Иванов, Е. А. Курзина. – 2005. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.medicina-online.ru/articles/40841/>.
16. Эффективность препарата Траумель С подтверждена в научных исследованиях // Биологическая Медицина. – 2008. – №1. – С.14.
17. Янов Ю. К. Практические рекомендации по антибактериальной терапии синусита / Ю. К. Янов, С. В. Рязанцев, Л. С. Страчунский, О. У. Стецюк, Е. И. Каманин, А. А. Тарасов, И. В. Отвагин, А. И. Крюков, М. Р. Богомилский // Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2003. – № 2. – С. 167–174.
18. Porozov S Inhibition of IL-1 and TNF- $\alpha$  secretion from resting and activated human immunocytes by the homeopathic medication Traumeel S. / S. Porozov, L. Cahalon, M. Weiser, D. Branski, O. Lider, M. Oberbaum // Clinical & Developmental Immunology – 2004. – № 11 (2) – P. 143–49.
19. Sinus and Allergy Health Partnership. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2000. – № 123 – S. 132.
20. Sinus and Allergy Health Partnership. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2004. – № 130. – S.1–45.